Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Marburg
(Direktor: Professor Dr. Zangemeister).

Ein Beitrag zur Genital- und Peritonealtuberkulose des Weibes.

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der Medizin und Chirurgie

der

Hohen Medizinischen Fakultät der Universität Marburg

vorgelegt von

Werner Oepen

approbierter Arzt.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Marburg

R. Friedrich's Universitäts-Buchdruckerei (Inhaber Karl Gleiser)

1920.

Angenommen von der medizinischen Fakultät Marburg
am 26. 6. 1920.
Gedruckt mit Genehmigung der Fakultät.
Referent: Professor Dr. Zangemeister.

Die Arbeit soll an Hand von 25 Fällen aus der Marburger Universitäts-Frauenklinik einen Beitrag liefern zur Klinik der Genital- und Peritonealtuberkulose des Weibes. Es handelt sich um die in einem Zeitraum von 10 Jahren zur Beobachtung und Behandlung gekommenen Fälle.

Wenn ich eine Gesamthäufigkeit der Peritoneal- und Genitaltuberkulose von 0,52 % berechne, so stimmt dies Resultat mit denen der Autoren, die nur mit Sektionsdiagnosen rechnen, insofern annähernd überein, als die Differenz auf die intra vitam nicht zu erkennenden Fälle in Anrechnung zu bringen ist. Im besonderen fand ich bei Genitaltuberkulose die Adnexe in 94,7 %, den Uterus in 52,6 % und die Vagina in 5,3 % der Fälle erkrankt. Das Peritoneum allein war in 24 % der Fälle ergriffen, während die Kombination von Peritoneal- und Genitaltuberkulose sich in 73,6 % derselben fand. Das 2. Dezennium stellte mit 40 % aller Fälle die Akme in der Häufigkeit der Genital- und Peritonealtuberkulose des Weibes dar.

Bezüglich der Pathogenese bestätigte es sich, daß die primäre Genital- bezw. Peritonealtuberkulose äußerst selten ist. Es fand sich unter den 25 Fällen kein einziger, bei dem der primäre Ursprung mit Sicherheit im Genital oder Peritoneum sich hätte erkennen lassen. Bei einem Falle, der klinisch und anamnestisch eine primäre (isolierte) Genitaltuberkulose zu sein schien, deckte die Autopsie, bei der die Lunge nicht frei von tuberkulösen Veränderungen gefunden wurde, den Irrtum auf. In einem Falle von Vaginaltuberkulose ließ die hereditäre Belastung die Feststellung einer primären und isolierten Erkrankung untunlich erscheinen. Bei den übrigen Fällen lag die Annahme einer sekundären Infektion

von der Lunge aus auf der Hand. Bei sinngemäßer Wertung der Obduktionsergebnisse Schlimpert's u. a., sowie nach den Erfahrungen an meinen 25 Fällen, will es mir nach dem Studium der Arbeiten von E. u. H. Albrecht und Ghon, die den sicheren Beweis bringen, daß die Erstinfektion mit Tuberkulose in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle in der Lunge erfolgt, richtig erscheinen, von einer primären Genital-Peritonealtuberkulose nur dann zu reden, wenn die Eintrittspforte mit absoluter Sicherheit am Genital bezw. Peritoneum zu erkennen ist, und gleichzeitig jede Spur einer latenten oder aktiven Lungentuberkulose klinisch und autoptisch als fehlend festgestellt ist. Nach dem heutigen Stande der Forschung muß ich die sekundäre hämatogene Infektion von der Lunge aus für den häufigsten Infektionsmodus bei der Genital-Peritonealtuberkulose halten.

Die Erfolge der eine Zeitlang fast ausschließlich ausgeübten operativen Therapie bei der Genital- und besonders bei der Peritonealtuberkulose haben den Erwartungen nicht entsprochen. Viele Kliniker raten heute in der Hauptsache zur internen Behandlung und wollen die Operation nur ganz besonders gearteten Fällen vorbehalten wissen, andere raten zur Röntgenbestrahlung und zur Bestrahlung mit künstlicher Höhensonne. Durch die kombinierte Anwendung der Laparotomie, der Röntgenstrahlen und der Höhensonne hat Zangemeister versucht, die Genital- und Peritonealtuberkulose des Weibes zu bekämpfen. In einer Reihe der in den Jahren 1910—1920 an der Zangemeister'schen Klinik zu Marburg behandelten Fälle kam neben der internen diese Therapie zur Anwendung. Von den 25 mir zur Verfügung stehenden Fällen sind 18 operiert worden. Im Einzelnen handelte es sich:

10 × um tuberkul. Erkrankg. v. Peritoneum + Uterus + Adnexen,
3 × „ „ „ „ Peritoneum + Adnexen,
1 × „ „ „ „ Adnexen,
1 × „ „ „ der Vagina,
3 × „ „ „ des Peritoneums allein.

Soweit das Bauchfell beteiligt war, handelte es sich 11 mal um die vorwiegend trocken-adhäsive und 5 mal um die rein exudative Form. Die tuberkulös erkrankten inneren Genitalien wurden nur dann operativ in Angriff genommen, wenn keine ausgedehnten Verwachsungen bestanden. Ein Fall, bei dem von dieser Regel abgewichen wurde, brachte einen Mißerfolg. Bei allen mit Peritonealtuberkulose komplizierten Fällen wurde aus therapeutischen, bezw. diagnostischen Erwägungen heraus operiert (Laparotomie). In der Rekonvaleszenz wurde mit Röntgenstrahlen und Quarzlampe bestrahlt.

Bei Sichtung des Erfolges habe ich diese Fälle scharf nach der Art der Peritonealtuberkulose in trocken-adhäsive und rein aszitöse getrennt. Nach eingehender Rückfrage bei den Patientinnen, deren Behandlung 1—10 Jahre zurückliegt, ließ sich folgendes feststellen: es sind bei den mit trocken-adhäsiver tuberkulöser Peritonitis komplizierten Fällen von Genitaltuberkulose durch die Laparotomie, verbunden mit der Bestrahlungstherapie, nur 9% sichere Heilungen und 54,5% Todesfälle zu verzeichnen; dagegen erhöht sich der Erfolg beim tuberkulösen Ascites auf 80% nachgewiesene Dauerheilungen. Die 20% Mißerfolge stellen die Fälle dar, die nicht mit Röntgenstrahlen nachbehandelt wurden. Es ergibt sich so die Tatsache, daß bei allen Fällen der aszitösen Form der Peritoneal-Genitaltuberkulose, bei denen nach der Laparotomie eine Röntgenbestrahlung stattfand, eine Dauerheilung eintrat.

In einem Falle von vorgeschrittener Vaginaltuberkulose brachten Operation und Bestrahlung keinen Erfolg mehr.

Die interne Therapie versagte im wesentlichen. In einem einzigen Falle (Adnextuberkulose) wurde mittelst Partialantigenen nach Deycke-Much eine Heilung erziehlt; dagegen versagte diese Methode in anderen Fällen. Ein erfolglos intern behandelnter Fall (tuberkulöser Ascites) heilte erst nach der später ausgeführten Laparotomie.

Zusammenfassend komme ich zu folgenden Leitsätzen:

1. Die Heilwirkung der Laparotomie bei Bauchfelltuberkulose erstreckt sich auch auf die Tuberkulose der inneren weiblichen Genitalien.
2. In der Strahlentherapie liegt ein wirksames Unterstützungsmittel für die Heilwirkung der Laparotomie bei Bauchfell- und Genitaltuberkulose.
3. Die trocken-adhäsive Form der Peritonealtuberkulose wird auch in Kombination mit der Strahlentherapie durch die Laparotomie fast nie im günstigen Sinne beeinflußt.
4. Eine Extirpation von Uterus und Adnexen soll nur stattfinden, wenn ausgedehnte Verwachsungen der Därme nicht bestehen.
5. Die interne Therapie bei Genital-Peritonealtuberkulose soll sich nur auf die schweren und ganz leichten Fälle von Tuberkulose der äußeren Genitalien, sowie auf die Fälle von Tuberkulose der inneren Genitalien erstrecken, die mit der trocken-adhäsiven Bauchfelltuberkulose kompliziert sind.
6. In allen übrigen Fällen, wo das Allgemeinbefinden die Operation gestattet, besonders beim tuberkulösen Ascites, ist die Laparotomie, kombiniert mit der Strahlenbehandlung, die Methode der Wahl.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556027_0170